

Boletín Informativo para la prevención del SIDA

Año : 2 Nro. 4

Elaborado por Dr. Jorge Alcántara
 Coordinador UPCITS
 Dirección de Programas y Desarrollo de Recursos

INFECCIÓN POR EL PAPILOMA VIRUS HUMANO (PVH)

El Condiloma Acuminado de la región anogenital es conocido desde tiempos muy antiguos, ya que se lo describe en relatos médicos desde antes de la era cristiana.

Tuvieron que pasar varios siglos para que pudiera determinarse que el agente causal de los condilomas acuminados, el Papiloma Virus Humano (PVH), también se asocia directamente con la presencia del Cáncer de Cuello Uterino.

Por tanto, ahora se puede entender la importancia que tiene el Papiloma Virus Humano (PVH) como agente facilitador de los cambios celulares que terminarán en una neoplasia como principal daño en la mujer.

El período de incubación hasta que se presente alguna lesión clínica o sub-clínica varía de 3 semanas a 9 meses. Esto depende del tipo viral y de las condiciones inmunológicas del huésped, así como del órgano involucrado.

La principal forma de transmisión es la sexual por lo que el rol de la pareja sexual masculina es muy importante, tanto para el diagnóstico como para la prevención.

El inicio precoz de la vida sexual (antes de los 20 años) y el número de parejas sexuales aumentan el riesgo de cáncer cérvicouterino.

Se ha demostrado la presencia de PVH cervical o vulvar en un 17% a



El PVH se puede manifestar como Condiloma Acuminado

21% de las mujeres con una pareja sexual, y en 69% a 83% de las mujeres con 5 ó más parejas sexuales.

En los EE.UU. cada año se infectan por primera vez 6.2 millones de personas.

CONDILOMAS EN CUELLO UTERINO



Existen más de 70 serotipos de PVH y pueden transmitirse a través del contacto directo con la lesión de la persona portadora. Muchas veces el PVH no se manifiesta clínicamente con la presencia de verrugas y puede pasar desapercibido.

Condiloma significa protuberancia crónica y es la forma más fácil de diagnosticar cuando se presenta en la región anogenital.

A TOMAR EN CUENTA

SEROTIPOS DE PVH PARA CONDILOMA ACUMINADO :
 6, 11, 42, 44, 54, 55, 70

SEROTIPOS DE PVH PARA CONDILOMA VIRAL PLANO:
 6, 11, 42, 44, 54, 55

SEROTIPOS DE PVH PARA MODERADO RIESGO:
 30, 31, 33, 35, 39

SEROTIPOS DE PVH PARA ALTO RIESGO:
 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51

SEROTIPOS DE PVH PARA CARCINOMA ESCAMOSO:
 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51

EL VALOR DEL PAPANICOLAOU

.La prueba de Papanicolaou (PAP) puede detectar células pre-cancerosas o cancerosas en el cuello uterino por lo que contribuye a salvar vidas.

Por ello es importante que las mujeres se realicen un despistaje anual mínimo para evidenciar estos cambios celulares.

Si el examen presenta células con una gran vacuola en la que parece flotar el núcleo, es que estamos ante la presencia de la lesión que el PVH causa en la célula.

Esta se llama COILOCITO y es considerada patognomónica para Papiloma Virus Humano.

El COILOCITO indica la presencia del PVH



Telmeds.org
 Infecciones Virales - Coilocito
 (Virus del Papiloma Humano) 2

UN POCO DE HISTORIA

Ya en la Grecia Antigua se suponía que el cáncer cervical era una Infección de Transmisión Sexual. Los epidemiólogos del Siglo XIX advirtieron que el cáncer cervical era raro en monjas y muy frecuente en trabajadoras sexuales.

Ya en el siglo XX se evidenciaron algunos datos estadísticos llamativos: Por ejemplo la mayor frecuencia de carcinoma cervical en esposas de marineros y viajeros de comercio, o en segundas esposas de viudos de una mujer fallecida por cáncer cervical, o en esposas de hombres con carcinoma de pene. Todo esto aportaba indicios de una probable etiología infecciosa de tipo venéreo.

En 1,910 Rubin describe a la primera

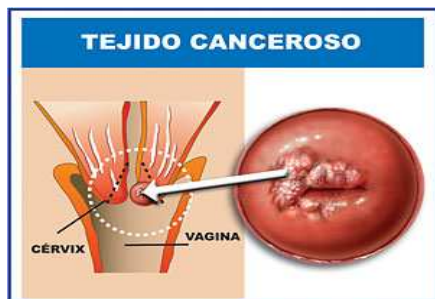
entidad preinvasiva: El Carcinoma in situ de cuello uterino. En 1,949 Papanicolaou habla de células con núcleo atípico y citoplasma normal (discarióticas), propias de las displasias previas al carcinoma in situ. Ese mismo año Ayre notifica la presencia de células que llamó "balonzadas", las cuales Koss define con más exactitud en 1,956 llamándolas "Koilocitos".

Cuando en la década de 1,970 Meisels determina que el Koilocito, siempre presente en las displasia cervicales, es el efecto citopático del PVH en la célula humana, la búsqueda del agente etiológico del cáncer cervical experimenta un vuelco definitivo.

En 1,969 el modelo del CIN (Neoplasia

Intraepitelial Cervical) apunta en el sentido de una enfermedad continua que se inicia en las displasias leves y llega al Carcinoma in situ.

En 1,988 el Sistema Bethesda enlaza el daño celular (bajo o alto) con la expresión de oncogenes virales (presentes en el PVH) y celulares.



LA VACUNA CONTRA EL PVH

En el Perú contamos con la única vacuna aprobada por la FDA (Gardasil) la cual combate la enfermedad y crea resistencia.

La vacuna no contiene virus y previene contra el PVH tipos 6,11,16,18 que son los más abundantes en el Perú. Su eficacia contra estos tipos de PVH es entre 95% a 100%.

La FDA sugiere que se vacunen las mujeres entre 9 a 26 años, preferiblemente antes de iniciar su vida sexual.



Son 3 inyecciones. Una vez colocada la primera, la siguiente debe aplicarse nuevamente luego de 2 meses, y la tercera dosis debe colocarse 6 meses después de la primera.

La vacuna no cura ni previene contra un PVH ya presente, pero evita que la persona adquiera un virus diferente.

La vacuna no contiene al PVH por lo que aplicársela no es una probable vía de transmisión.

Los serotipos 16 y 18 son responsables del 70% de los casos de cáncer cervical, y los serotipos 6 y 11 son los responsables del 90% de casos de verrugas genitales.

La protección contra estos principales serotipos explica su alta eficacia.

PAUTAS DE TRATAMIENTO

En la actualidad no existe un tratamiento específico para el PVH. No podemos hablar de curación pero si podemos controlar las lesiones verrucosas (Estas pueden recidivar en un 30%)

Frecuentemente se utiliza el Podofilino al 25% en tintura de Benjuí aplicándose 2 a 3 veces por semana. Se deja actuar de 1 a 4 horas y luego debe lavarse bien la zona con agua y jabón.

Son muy útiles la electrocauterización o la criocauterización con nitrógeno líquido. Su

aplicación también es local y permite tratar lesiones extensas. Son muy eficaces aún con una sola aplicación.

Las terapias anteriores tienen una eficacia entre 80%-95% pero no se pueden utilizar en gestantes.

Sólo la aplicación de Ácido Tricloroacético al 50%-80% una vez por semana (6 a 8 aplicaciones) es permitida en gestantes. Puede haber fallas entre un 15%-20%, y recidivas de 25% a 35% con esta metodología.



Las terapias ofrecidas son muy eficaces para eliminar los condilomas